

SEGNALAZIONE DI ALLERGIE E PROBLEMI ALIMENTARI

Il sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ nell'anno scolastico _____

SEGNALA ALL'ATTENZIONE DELLA SCUOLA

I SEGUENTI PROBLEMI DI ALLERGIA, INTOLLERANZA O DIFFICOLTÀ ALIMENTARE:

Indicare se il fenomeno è: costante periodico:

È OBBLIGATORIO allegare certificato medico per allergie, intolleranze e diete speciali.

Verona, _____

Firma di entrambi i genitori
